

Литература:

1. Caselli, G. Uso del dispositivo SILS en transanal minimamente invasiva para el manejo de lesiones benignas de recto / G. Caselli, M. Ocares, B. Caselli // Revista chilena de cirugía. – 2012. – Vol. 64, N 4. – P. 391-394.
2. Transanal minimally invasive surgery (TAMIS) for local excision of benign neoplasms and early-stage rectal cancer: efficacy and outcomes in the first 50 patients / V. Albert [et al.] // Disease of the colon and rectum. – 2013. – Vol. 56, N 3. – P. 301-308.

УДК 616.345-006:615.849.19

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

*Денисенко В.Л.^{1,4}, Гаин Ю.М.², Бухтаревич С.П.¹, Ерушевич А.В.³,
Шаппо Г.М.⁴, Сушков С.А.⁴, Фролов Л.А.⁴*

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

³УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»,

⁴УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. В структуре онкологической заболеваемости колоректальный рак занимает третье место в большинстве развитых стран мира, при этом количество пациентов с запущенными формами заболевания в настоящее время достигает 70% [1,2]. Одним из способов восстановления просвета кишки в зоне опухоли может стать лазерная вапоризация центральной её части [3,4].

Цель исследования. Изучить осложнения лазерной реканализации и стентирования при лечении стенозирующего колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью.

Материал и методы. В лечении обтурирующего колоректального рака использовали высокоинтенсивное импульсное лазерное излучение длиной волны 1,06 мкм. В работе применён твёрдотельный импульсный лазер для эндоскопического применения «Фотэк ЛК-50» («Медиола-Эндо», ЧУП «Фотек» длина волны 1,064 мкм, частота повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 Гц, Республика Беларусь). Пролечено 106 пациентов, находящихся на лечении в проктологическом отделении Второй Витебской Областной клинической больницы (с 23 апреля 2014 года – Витебского областного клинического специализированного центра) и абдоминальном отделении Витебского областного клинического онкологического диспансера с ноября 2012 года по март 2015 года, по поводу стенозирующего рака ободочной и прямой кишки. Средний возраст группы составил 66,4±3,2 лет. Всем пациентам на первом этапе выполняли лазерную реканализацию стенозирующей опухоли лазерным излучением с длиной волны 1,064 мкм, максимальной средней мощностью – 60 Вт, частотой повторения импульсов на максимальной мощности излучения – не более 50 Гц, максимальной энергией импульса – 1,2 Дж, длительностью импульса – 300 мсек, классом лазерной опасности – IV, максимальной потребляемой мощностью – 2,5 кВтс, на втором этапе производили радикальную операцию с наложением первичного межкишечного анастомоза.

Результаты и обсуждение. В 76% случаев операция заканчивалась первичного анастомоза (без колостомы). В семи случаях (7%) не удалось провести реканализацию ректосигмоидного отдела ввиду протяженности опухоли более 12 см. (операция закончилась выведением колостомы). В одном случае (1%) произошла перфорация опухоли (операция закончилась выведением колостомы). 1 пациент умер от ТЭЛа (1%). В 15% случаев лазерная реканализация произведена с симптоматической целью. В двух случаях имело место выпадение колоректальных стентов.

Выводы. Использование лазерной реканализации зоны опухолевого стеноза с последующей установкой стента позволяет при колоректальном раке, осложнённом обтурационной кишечной непроходимостью, выполнить раннюю антеградную декомпрессию пищеварительного тракта с быстрым восстановлением его моторно-эвакуаторной функции и

ранней клинико-метаболической компенсацией (без лапаротомии и формирования колостомы). Разработанная методика позволяет быстро осуществить подготовку пациента к радикальному хирургическому лечению с последующим выполнением первично-радикального вмешательства в более безопасных условиях. Необходимо при постановке стента учитывать протяженность стенозирующей опухоли и диаметр стента, чтобы избежать перфорации кишки в зоне опухоли.

Литература:

1. Murphy, C. Patterns of colorectal cancer care in the United States: 1990–2010 / C. Murphy // J. Natl. Cancer. Inst. – 2015. – Vol.107, № 10. – Mode of access: <https://academic.oup.com/jnci/article/107/10/djv198/986525>. – Date of access: 19.10.2019.
2. Jafari, M. Perfusion assessment in laparoscopic left-sided/anterior resection (PILLAR II): a multi-institutional study / M. Jafari // J. Am. Coll. Surg. – 2015. – Vol. 220, № 1. – P. 82–92.
3. Predictive factors for successful colonic stenting in acute large-bowel obstruction: A 15-year cohort analysis. / D.J. Boyle [et al.] // Dis. Colon. Rectum. – 2015. – Vol. 58, № 3. – С. 358–362.
4. Preoperative colonic stents versus emergency surgery for acute left-sided malignant colonic obstruction: a meta-analysis / X. Huang [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2014. – Vol. 18, № 3. – P. 584–591.

УДК 616.345-006.6-089 (476)

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЕЛОРУССКИХ СТЕНТОВ В ЛЕЧЕНИИ СТЕНОЗИРУЮЩЕГО КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА

Денисенко В.Л.^{1,3}, Гаин Ю.М.,² Бухтаревиц С.П.,¹ Сушков С.А.,³ Шаппо Г.М.,³ Фролов Л.А.,³ Ерушевич А.В.,⁴ Денисенко Э.В.³

¹УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»,

²ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,

³УО «Витебский государственный медицинский университет»,

⁴УЗ «Витебский областной клинический онкологический диспансер»

Введение. Колоректальный рак (КРР) является одной из наиболее часто встречаемых форм злокачественных опухолей в большинстве экономически развитых стран мира. Самым частым осложнением КРР является кишечная непроходимость. Чаще всего она развивается при локализации рака в левой половине толстой кишки. Наиболее широко используемым в неотложной хирургии видом радикального вмешательства при КРР, осложненном кишечной непроходимостью, является резекция кишки с наложением одноствольной колостомы (т.н. обструктивная резекция). Одним из направлений реального использования концепции «быстрого (ускоренного) выздоровления» в лечении обтурационной опухолевой толстокишечной непроходимости является метод реканализации зоны опухолевого стеноза с помощью саморасширяющихся металлических стентов [1]. Наряду с традиционными подходами в последние годы в ведущих странах мира началось внедрение новых методов лечения колоректального рака, осложненного кишечной непроходимостью, предусматривающих стентирование кишки в зоне опухоли (причем с использованием стентов американского, южно-корейского или китайского производства). Во многих странах мира эта технология применяется для устранения непроходимости у неоперабельных пациентов в качестве альтернативы традиционной колостомии, а также для подготовки к радикальной операции, позволяющей избежать двухэтапных вмешательств. W.L. Law и соавт. (2004), применили саморасширяющиеся металлические стенты производства Южной Кореи у пациентов при непроходимости с распространенным колоректальным раком, осложненным кишечной непроходимостью. Вмешательство сопровождалось значительной (25%) частотой осложнений, в 13% случаев потребовалось выведение разгрузочной колостомы [2].

Цель работы. Цель исследования заключается в изучении возможности применения лазерной реканализации и стентирования в лечении стенозирующего колоректального рака.